

प्रतिपूर्ति सम्झौता र मञ्जुरीनामा

आवेदकको नाम: _____ श्रीमान/श्रीमती: _____
(Please print) (Please print)

ठेगाना: _____ देश: _____

आर्थिक सहायताको आवेदक

म, _____ र _____,
न्यु ह्याम्पशायर राज्य कानून, RSA 167:13, RSA 167:14, RSA 167:14-a, र RSA 167:28, अनुसार APTD, ANB, र OAA को योग्यताको
लागि आवश्यक मापदण्डको रूपमा मैले प्राप्त गरेको आर्थिक सहायताको लागि म वा मेरो श्रीमान/श्रीमतीले राज्य वा राष्ट्रलाई प्रतिपूर्ति गर्नुपर्नेछ
भन्ने बुझ्छु ।

म बुझ्छु कि:

संक्षिप्त सही

- आर्थिक सहायता उपलब्ध हुन शुरु भएपछि कुनै पनि समय म वा मेरो श्रीमान/श्रीमतीको एकल वा संयुक्त स्वामित्वमा रहेको कुनै पनि अचल सम्पत्तिमा ग्रहणाधिकारको सूचना जारी गर्न सक्छ र त्यस सम्पत्तिमा म र मेरो श्रीमान/श्रीमती वैध मालिकको रूपमा बसोबास गरेसम्म, सर्वैच्छिक रूपमा सो सम्पत्ति बिक्री नगरेसम्म वा ग्रहणाधिकार लागू रहेको अवधिमा पुनर्लगानी नगरेसम्म राज्यले मेरो सम्पत्ति असुल गर्ने छैन ।
- राज्यद्वारा उपलब्ध गराइएको आर्थिक सहायताको लागि प्रतिपूर्ति असुल गर्नको लागि मेरो वा मेरो श्रीमान/श्रीमतीको कुल सम्पत्ति (estate) मा दाबी दायर हुन सक्छ ।
- यदि राज्यले मेरो अचल सम्पत्तिमा ग्रहणाधिकारको सूचना जारी गर्न चाह्यो भने मलाई लिखित सूचना पठाइनेछ र मैले ग्रहणाधिकारको सूचना लागू गर्ने विषयमा अपील गर्ने अवसर पाउनेछु ।
- यस फारमको पृष्ठ दुई (2) मा उल्लेख गरे अनुसार मेरो तर्फबाट तिरेको स्वास्थ्य सहायता (मेडिकएड) खर्च पनि प्रतिपूर्ति गर्ने राज्यलाई अधिकार छ ।
- RSA 167:28 अनुसार यस फारममा हस्ताक्षर नगरेको अवस्थामा आर्थिक सहायताको लागि अयोग्य मानिनेछ ।

मैले यस फारममा व्याख्या गरिए अनुसार अधिकार तथा कर्तव्य पढेर बुझेको छु र यो जानकारीको बारेमा प्रश्न सोध्ने अवसर पनि प्राप्त गरेको थिएँ ।

यो मिति र _____ यो _____ तारिखको _____,
स्थानमा (स्थान) (मिति) दिनमा (महिना) (वर्ष)

आवेदक/अभिभावकको सही

श्रीमान/श्रीमती वा अभिभावकको सही

न्यु ह्याम्पशायर राज्य

SS.

माथि उल्लिखित नामको व्यक्ति आफैँ उपस्थित भएको _____ र _____ र माथि उल्लिखित दस्तावेज स्वैच्छिक कार्य र सहमतिको दस्तावेज हो भनी मञ्जुरीनामा दिएका छन् ।

मेरो अगाडि,

(महिना/दिन)

(वर्ष)

जस्टिस अफ पीस वा नोटरी पब्लिक

सबै स्वास्थ्य सहायता (मेडिकएड) आवेदकहरूमा लागू हुने नीतिहरू

आवेदकको नाम: _____ श्रीमान/श्रीमती: _____
(Please print) (Please print)

ठेगाना: _____ देश: _____

म बुझ्छु कि:

संक्षिप्त सही
(ऐच्छिक)

- संघीय र राज्य कानून अनुसार, म ५५ वर्ष वा त्यो भन्दा बढावस्थामा मेरो तर्फबाट OAA, ANB, MEAD, BCCP, वा APTD अन्तर्गत व्यहोरिदिएको खर्चको लागि सरकारलाई प्रतिपूर्ति दिनुपर्ने हुनसक्छ र राज्यले मेडिकएड खर्च असुल गर्नको लागि मेरो अचल सम्पत्तिमा ग्रहणाधिकार जारी गर्न सक्छ र/वा मेरो कुल सम्पत्तिमाथि दावा गर्न सक्छ ।
- राज्य र संघीय कानून बमोजिम, कुल सम्पत्तिमा मेरो श्रीमान/श्रीमतीको (यदि भएमा) मृत्यु भएमा र मेरो २१ वर्षभन्दा कम उमेरका वा कोही नेत्रहीन वा स्थायी र पूर्ण रूपमा अपाङ्ग रहेका सन्तान नभएमा मात्र मेरो कुल सम्पत्तिबाट असुलउपर गर्ने छ ।
- मलाई उपलब्ध गराइएको स्वास्थ्य सहायताको असुलउपर गर्नको लागि मेरो कुल राशि अन्तर्गत पर्ने सम्पत्तिमात्र उपलब्ध हुनेछ ।
- मलाई उपलब्ध गराइएको स्वास्थ्य सहायताको खर्च असुलउपर गर्नको लागि मेरो "कुल राशि" भित्र छानबिन प्रक्रिया अन्तर्गत पर्ने र उक्त प्रक्रिया अन्तर्गत नपर्ने, जस्तो केही ट्रस्टसम्बन्धी सम्पत्ति, संयुक्त स्वामित्वमा रहेको सम्पत्ति तथा मलाई उपलब्ध हुने भुक्तानि नभएका वार्षिक वृत्तिहरू, गरी दुबै खालका सम्पत्ति पर्दछन् ।
- राज्य कानून अनुसार, मेरो "कुल राशि" भित्र अचल वा व्यक्तिगत सम्पत्ति पर्दछन्, जसमा मेरो मृत्युहुने मितिसम्म सरोकार रहनेछ । त्यस्तो सरोकारमा उत्तरजीविताको अधिकार सहित संयुक्त किरायेदारी, साझा किरायेदारी, आजीवन भूसम्पत्ति र त्यस्तो अधिकार वा सरोकार स्थापित भएका मितिहरूको सरोकार नभएका लिभिड ट्रस्टहरू पर्दछन् ।
- यदि उत्तरजीविताको अधिकार सहित संयुक्त किरायेदारीमा मेरो सम्पत्ति छ वा मेरो मृत्यु हुने समयमा आजीवन भूसम्पत्ति छ भने राज्यले जीवित हकवालालाई राज्यको दाबीको लिखित सूचना दिनेछ ।
- असुल कार्य शुरु भइसकेपछि, राज्यले प्रतिपूर्ति दाबीको असुलउपर गर्न मेरो कुल सम्पत्तिको कारोबार गर्ने व्यक्तिलाई सूचित गर्दछ, र He-W 695 बमोजिम असुलउपर गर्दा मेरो हकवालालाई अनावश्यक कठिनाइ उत्पन्न हुने भएमा छुट उपलब्ध भए/नभएको सूचना गर्नेछ ।

स्वास्थ्य संस्थाहरूमा स्थायी रूपमा बस्ने बिरामीहरूमा लागू हुने नीतिहरू:

माथि उल्लेख गरे अनुसारको प्रतिपूर्ति दायित्वको अलावा स्वास्थ्य संस्थामा स्थायी रूपमा बस्ने र संस्थागत स्याहारको लागि मेडिकएडले खर्च व्यहोरिदिएका व्यक्तिहरूका लागि निम्न कुराहरू लागू हुनेछ:

म बुझ्छु कि:

संक्षिप्त सही
(ऐच्छिक)

- यदि म स्वास्थ्य संस्थाबाट कहिल्यै छुट्टी नमिल्ने कुरा निर्धारित भएमा मेरो स्वामित्वमा रहेको घर लगायत अचल सम्पत्तिमा मेरा निम्न नातेदारहरू मेरो घरमा बसोबास नगरेसम्म राज्यले ग्रहणाधिकार जारी गर्नेछ:
 - मेरो श्रीमान/श्रीमती;
 - २१ वर्षभन्दा कम उमेरको, वा नेत्रहीन वा स्थायी र पूर्ण रूपमा अपाङ्ग छोराछोरी; वा
 - मेरो दाजु/भाइ/दिदी/बहिनी जसको मेरो घरको हिस्सेदार छ र जो म अस्पताल भर्ना हुनुभन्दा कम्तिमा एक वर्ष अगाडिदेखि बसिरहेका छन् ।
- मेरो अचल सम्पत्तिमा राज्यले ग्रहणाधिकार लागू गर्न चाहयो भने म र जो कोही हिस्सेदार(हरू)लाई लिखित सूचना पठाउनेछ र मैले ग्रहणाधिकारको सूचना लागू गर्ने विषयमा अपील गर्ने अवसर पाउनेछु ।
- स्वास्थ्य संस्थाबाट छुट्टी पाइसकेपछि मेरो घरमा लागेको कुनै पनि ग्रहणाधिकार रद्द हुनेछ ।

मैले यस फारममा व्याख्या गरिए अनुसार अधिकार तथा कर्तव्य पढेर बुझेको छु र यो जानकारीको बारेमा प्रश्न सोध्ने अवसर पनि प्राप्त गरेको थिएँ ।

(ऐच्छिक) आवेदक/अभिभावकको हस्ताक्षर

(ऐच्छिक) श्रीमान/श्रीमती वा अभिभावकको हस्ताक्षर

परिवार सेवा विशेषज्ञ

मिति